

Gesundheitsgespräch

Schlaganfall - Leben am seidenen Faden

Sendedatum: 12.05.2021

Experte:

Prof. Dr. med. Gerhard Hamann, Direktor der Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, Bezirkskrankenhaus Günzburg

Jedes Jahr erleiden etwa 420.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall oder eine kurzfristige Hirndurchblutungsstörung. Die Chance, einen Schlaganfall zu überleben, hängt sehr von der Schwere des Schlaganfalls ab und von der raschen und richtigen Behandlung. Derzeit ist Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Dabei ließe sich die Hälfte aller größeren Schlaganfälle vermeiden. Denn etwa 50 Prozent der Gehirnfarkte kündigen sich an - teilweise bereits Wochen vorher. Wenn die entsprechenden Warnsignale richtig erkannt werden, kann der Arzt frühzeitig mit einer prophylaktischen Therapie gegensteuern.

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden.
Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2021

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

service@bayern2.de; www.bayern2.de

Symptome - Ursachen und Auswirkungen eines Schlaganfalls

Ein Schlaganfall ist eine akut einsetzende neurologische Ausfallerscheinung. Die Ursache dafür ist eine Hirnblutung oder eine Mangel durchblutung, ähnlich wie beim Herzinfarkt. Ein Gehirnteil wird nicht genügend mit Blut versorgt. Das Ausmaß der Schäden reicht von kurzen, kaum wahrnehmbaren Störungen bis hin zu schwersten dauerhaften Behinderungen und Tod. Auch wenn sich die Wahrscheinlichkeit, einen Schlaganfall zu erleiden, im Alter erhöht, sind auch junge Menschen betroffen.

Arten von Schlaganfällen

Die drei großen Arten von Schlaganfällen:

Die erste sind - analog dem Herzinfarkt - die **Hirnininfarkte**. Sie entstehen durch eine Mangel durchblutung des Gehirns, die durch eine Thrombose oder Embolie verursacht werden.

Die zweite Art ist eine Blutung in das Gehirn, eine sogenannte **intrazerebrale Blutung**, die vor allem bei hohem Blutdruck und Gerinnungsstörungen auftritt.

Und das Dritte ist eine Blutung um das Gehirn herum in das Nervenwasser, das das Gehirn umgibt, eine sogenannte **Subarachnoidalblutung**.

Die Häufigkeitsverteilung ist folgendermaßen:

80 Prozent Hirnininfarkte, 15 Prozent intrazerebrale Blutungen und circa fünf Prozent Subarachnoidalblutungen.

Die häufigsten Symptome

Anhand der Symptome kann man erkennen, welche Hirnregion vom Schlaganfall betroffen ist. Bei Infarkten, die das **Großhirn** betreffen, sind die Symptome dann meistens

- halbseitige Gefühlsstörung,
- halbseitige Lähmung,
- halbseitiger Gesichtsfeldausfall,
- Störungen bei der Raumorientierung,
- Sprachstörungen und
- Störungen im sozialen Wahrnehmen.

Bei **Infarkten im Bereich des Hirnstammes** treten vor allem auf:

- Schwindel,
- Doppelbilder und
- verbunden mit einer "kloßigen" Sprache - Schluckstörungen

Bei Infarkten im Bereich des **Kleinhirns** sind die Hauptsymptome Unsicherheiten des Bewegungsapparates, wie Schwanken, Danebengreifen und Stürzen.

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden. Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2021

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

service@bayern2.de; www.bayern2.de

"Der klassische Schlaganfall betrifft die mittlere Hirnarterie. Diese Arterie versorgt große Teile des Großhirns. Die klassischen Symptome zeigen sich auf der Gegenseite des Schlaganfalls. Wenn man also den Schlaganfall rechts hat, sind die Symptome links, zum Beispiel linksseitige Halbseitenlähmung bis hin zur vollständigen Lähmung von linkem Arm und Bein, linksseitige Gefühlsstörungen und linksseitige Gesichtsfeldbeeinträchtigungen. Wenn der Schlaganfall in der linken, mittleren Hirnarterie gelegen ist, kommen häufig Sprachstörungen dazu, weil bei Rechtshändern die Sprachfunktion in der linken Gehirnhälfte angesiedelt ist." Prof. Gerhard Hamann

Überlebens-Chancen

Die Sterblichkeit hängt stark von der Schlaganfallart ab:

- Bei einer intrazerebralen Blutung oder einer Subarachnoidalblutung liegt die Sterblichkeit noch immer zwischen 20 und 50 Prozent - trotz verbesserter neurochirurgischer und neuroradiologischer Behandlungsmöglichkeiten.
- Bei den wesentlich häufigeren Hirninfarkten liegt die Sterblichkeit deutlich niedriger. Von den Patienten mit einem durchschnittlich schweren Hirninfarkt sterben in den ersten 30 Tagen etwa 15 Prozent.

Die längerfristige Prognose ist im Vergleich zu anderen schweren Erkrankungen nicht besonders gut: 70 Prozent der Patientinnen mit Brustkrebs überleben die ersten fünf Jahre. Patienten mit Schlaganfall überleben - je nach Schwere ihres Anfalls - diesen Zeitraum nur zu 30 bis 40 Prozent, da neue Schlaganfälle auftreten können. Viele Patienten leiden zudem an Erkrankungen des Herzens oder anderer Organe, die Schlaganfälle begünstigen, aber auch selbst zum Tode führen können.

Ist der Schlaganfall eine Alterskrankheit?

"Der Schlaganfall ist keine reine Alterserkrankung. Richtig ist aber, dass Schlaganfälle im höheren Lebensalter gehäuft auftreten. Je älter man wird, desto höher ist das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden." Prof. Gerhard Hamann

Risiko

Das Risiko liegt bei 60- bis 70-Jährigen etwa bei 400 pro 100.000, bei über 75-Jährigen schon bei 1.200 pro 100.000. Trotzdem treten auch bei jüngeren Menschen relativ viele Schlaganfälle auf: In Deutschland gibt es jährlich etwa 10.000 bis 15.000 neue Schlaganfallpatienten unter 45 Jahren.

Ursachen und Risikofaktoren - Gründe für einen Schlaganfall

Risikofaktor Nummer eins für den Schlaganfall ist der Bluthochdruck. Würde man den Blutdruck regelmäßig messen und konsequent behandeln, ließe sich die Hälfte aller Schlaganfälle vermeiden. Neben dieser Hypertonie erhöhen auch Herzerkrankungen, insbesondere das Vorhofflimmern, Blutfettstoffwechselstörungen, Arteriosklerose und Diabetes mellitus die Gefahr, einen Schlaganfall zu erleiden. Eine bislang häufig unterschätzte Rolle spielen auch genetische Veränderungen.

Welche Vorerkrankungen Schlaganfall begünstigen

Kardiale Erkrankungen erhöhen das Risiko eines Schlaganfalls sehr deutlich. Zum Beispiel rechnet man damit, dass rund zehn Prozent aller Patienten in den ersten sechs Wochen nach einem Herzinfarkt einen Schlaganfall erleiden. Bei Patienten mit Vorhofflimmern liegt das Hirninfarktrisiko bei 15 Prozent pro Jahr, wenn sie nicht behandelt werden.

Definition Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist eine Art von Rhythmusstörung, bei der das Herz in den Vorhöfen elektrisch so schnell erregt ist, dass sich diese gar nicht mehr bewegen und praktisch still stehen. In den Vorhöfen gibt es sogenannte Vorhofohren, auch Herzohren genannt, weil sie an die Form der Ohren erinnern. Fließt nun das Blut sehr langsam in diese Herzohren, kann es dort gerinnen. Wenn dann das Herz zwischenzeitlich einen normalen Rhythmus bekommt und der Vorhof schlägt, wird das Blutgerinnsel herausgespült und kann in das Gehirn wandern. Dort kommt es dann zum Schlaganfall.

"Es gibt eine wichtige Untersuchung zu Löchern in der Herzscheidewand. Dieser Bereich des Herzens trennt den rechten und linken Vorhof. Ein Drittel aller Menschen hat dort eine Öffnung, das sogenannte ovale Loch. Diese Öffnung ist kein echter Herzfehler, sondern nur eine Anomalie, und spielt normalerweise keine Rolle. Wenn man aber hustet oder presst, kann es passieren, dass Blut aus dem rechten Vorhof in den linken Vorhof übertreten kann - was normalerweise nicht sein soll. Wenn ausgerechnet in diesem Moment ein Gerinnsel im Blut schwimmt, weil man zum Beispiel eine unerkannte Beinvenenthrombose hat, dann kann es nach links schlüpfen und nach oben ins Gehirn gespült werden." Prof. Gerhard Hamann

Warum Arteriosklerose den Schlaganfall fördert

Wenn sich die Arterien verändern, verhärten sie nicht nur, sondern durch Kalkeinlagerungen verringert sich auch der Durchmesser des Gefäßes. Es kommt zu Einengungen (Stenosen) oder flächigen Veränderungen der Gefäßwand (Plaques). Das kann direkt zum Schlaganfall führen: Wenn

typischerweise Plaques aufreißen, setzt sich sofort ein Blutgerinnsel darauf und sichert diese Stelle ab, damit das Blut vorbeifließen kann. Doch dieses Gerinnsel kann so groß werden, dass die Arterie ganz verschlossen wird. Es können sich auch aus dem Gerinnsel kleine Teile lösen und in das Gehirn gespült werden.

Rolle von Diabetes

Diabetes begünstigt die Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßwandverletzungen und damit mittelbar Gehirninfrakte. Zudem kommt es gehäuft zum Auftreten von mikroangiopathischen Hirninfrakten (Erkrankung der kleinen und kleinsten Hirngefäße).

Bluthochdruck: Risikofaktor Nummer 1 für Schlaganfälle

Hypertonie fördert Arteriosklerose und damit indirekt Gehirninfrakte. Bei der intrazerebralen Blutung, also bei der direkten Blutung ins Gehirn, sind Patienten, die einen meist unbehandelten hohen Blutdruck haben, ebenfalls eine der Hauptrisikogruppen. Ursächlich für die Schlaganfallart "Subarachnoidalblutung" sind fast immer Blutungen aus Gefäßmissbildungen.

"Für die Auslösung ist häufig ein Blutdruckanstieg verantwortlich: Wenn man zum Beispiel bei kaltem Wetter aus der warmen Wohnung ins Freie tritt, steigt durch diesen Kältereiz der Blutdruck. Gleiches kann auch heftige Aufregung bewirken." Prof. Gerhard Hamann

Genetisch bedingte Veränderungen als Ursache für Schlaganfälle

Bei der Subarachnoidalblutung sind die Gefäßmissbildungen genetisch bedingt. Auch viele der klassischen Risikofaktoren, die zum Gehirninfrakt führen, sind zum Großteil genetisch bedingt. Genetische Erkrankungen führen beispielsweise dazu, dass man hohen Blutdruck entwickelt und daraufhin einen Schlaganfall erleiden kann. Auch weniger bekannte Erkrankungen sind in den vergangenen Jahren in den wissenschaftlichen Blickpunkt gerückt.

Zum Beispiel Homozystein

Wenn diese Aminosäure vermehrt im Blut vorkommt, ist dies mit vorzeitiger Arteriosklerose verbunden und verursacht damit auch Schlaganfälle. Man hat festgestellt, dass es im Aminosäurestoffwechsel eine genetische Komponente gibt, die den Abbau dieses Homozysteins stört, sodass es sich im Blut anreichern kann. Diese Störung kann mit Vitamin B 12 und Folsäure reduziert werden.

"Allerdings kann zwar Homozystein durch die Gabe von Vitamin B12 und B 6 gesenkt werden, aber leider, wie neuere Untersuchungen zeigten, senken die

Hormongaben nicht die Rate von vaskulären Komplikationen wie auch Schlaganfällen." Prof. Gerhard Hamann

Zum Beispiel erbliche Gerinnungsstörungen

Bestimmte Bluteiweiße führen dazu, dass das Blut leichter gerinnt. Junge Frauen können deswegen nach einer Geburt, wenn das Gerinnungssystem durch die große Wundfläche in der Gebärmutter besonders aktiviert ist, Schlaganfälle bekommen - vorausgesetzt sie haben eine bestimmte Gerinnungsanomalie.

"Wenn also Schlaganfallpatienten keine der gängigen, sogenannten klassischen Risikofaktoren haben, überprüfen wir mittlerweile auch seltene Risikofaktoren." Prof. Gerhard Hamann

Prävention - Vorsorge ist machbar

Auch individuell beeinflussbare Faktoren spielen bei der Vermeidung eine wichtige Rolle. Wer auf seine Blutfettwerte achtet, sich ausreichend bewegt und die Finger von Zigaretten lässt, kann sein persönliches Risiko enorm senken. Selbst für einen Menschen, der 30 Jahre geraucht hat, sinkt das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, nach fünf rauchfreien Jahren fast auf das Niveau eines Nichtraucherers.

Tipp: Eigeninitiative ist wichtig

An erster Stelle steht der Bluthochdruck! Das Allerwichtigste, um einen Schlaganfall zu vermeiden, ist, den Blutdruck zu messen, und wenn er erhöht ist, ihn zu behandeln.

"Wenn man das konsequent einhalten würde, könnte man die Hälfte aller Schlaganfälle vermeiden." Prof. Hamann

Werte

- Erhöhter Blutdruck liegt vor, wenn mehrere Messungen über 140 zu 90 ergeben.
- Normal und wünschenswert ist ein Blutdruck von 120 zu 80.
- Akzeptabel ist es, wenn der obere Wert zwischen 130 und 140 und der untere Wert zwischen 80 und 90 liegt.

Warum Rauchen so schadet

Nikotinkonsum führt über verschiedene Mechanismen zu Arteriosklerose und bewirkt zudem eine Übergerinnbarkeit des Blutes. Dadurch erhöht Nikotin das Schlaganfallrisiko um das Dreifache.

"Auch für langjährige Raucher lohnt es sich relativ schnell, mit dem Nikotin zu brechen. Selbst für einen Menschen, der 30 Jahre geraucht hat, sinkt das Risiko nach fünf Jahren ohne Nikotin in fast allen gesundheitlich relevanten Bereichen (Herzinfarkt, Lungenkarzinom und andere) in Richtung des Niveaus eines Nichtraucherers. Das gilt zum Teil auch für das Schlaganfallrisiko. Eine neuere Untersuchung zeigt, dass die Reduktion der Zigarettenmenge weniger bringt und auch der Raucher, der es schafft auf eine Zigarette zu reduzieren noch ein doppelt so hohes Risiko eines Nichtrauchers hat. Also besser ganz aufhören mit Rauchen." Prof. Gerhard Hamann

Bewegung, Ernährung und Lebensart

Die Einhaltung zweier Regeln hat auf das Schlaganfallrisiko, aber auch auf das Risiko vieler Herzerkrankungen, positive Auswirkungen:

- Erstens: **Täglich eine halbe Stunde Bewegung!** Hierfür reicht strammes Spazieren gehen, Radfahren, Schwimmen, Laufen oder eine andere Ausdauersportart.
- Zweitens: **Übergewicht abbauen** und sich möglichst über eine ausgewogene, mediterrane Kost ernähren, also viel Obst, Gemüse, Salate, Fisch, wenig Fleisch und tierische Fette.

"Die Effekte dieser weichen Faktoren wurden lange dramatisch unterschätzt. Neuere Untersuchungen zeigen, dass eine spezielle Diät mit Früchten, Salaten und fettarmer Kost das Schlaganfallrisiko ähnlich wie ein Blutdruckmedikament bei Bluthochdruckpatienten reduzieren kann." Prof. Gerhard Hamann

Lassen sich die Blutfettwerte durch Ernährung beeinflussen?

"Nur bedingt. Selbst wenn man cholesterinarm isst, schafft man es in der Regel nur, die Cholesterinwerte um rund 15 Prozent zu senken. Das reicht in vielen Fällen nicht aus. Bei den Blutfetten ist es ähnlich wie beim Blutdruck. Man muss sie messen! Insbesondere erhöhte Cholesterinwerte sollten dann mit sogenannten Statinen behandelt werden." Prof. Gerhard Hamann

Folgen von Medikamenten

Alle Arzneimittel, die in das Blutgerinnungssystem eingreifen, können verstärkt zu Blutungen führen, beispielsweise Marcumar, Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban, Heparin, aber auch Aspirin.

"Hier gilt es, Nutzen und Risiken abzuwägen. Man sollte auch die Hormonpräparate nicht vergessen: Lange Jahre war die Hormonersatztherapie während der Wechseljahre in aller Munde. Nach den neuesten Studien weiß man, dass sie das Risiko für Schlaganfälle leicht erhöht. Ich empfehle deshalb Schlaganfallpatienten und Risikopatienten, auf Hormonersatztherapien zu verzichten." Prof. Gerhard Hamann

Warnsignale - Wie sich ein Schlaganfall ankündigt

Etwa die Hälfte aller Gehirninfarkte kündigt sich an. In dieser Vorphase treten Warnsignale auf. Würden sie rechtzeitig erkannt und behandelt, ließe sich die Zahl der späteren, größeren Schlaganfälle halbieren. Der Fachbegriff für diese Anzeichen lautet transitorische ischämische Attacken, kurz TIA. Diese Durchblutungsstörungen führen zu neurologischen Ausfällen, die sich innerhalb von 24 Stunden zurückbilden. Sie äußern sich etwa durch Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen oder Sehbeeinträchtigungen.

Wie sich Schlaganfälle ankündigen

Klassische Warnsignale sind

- die kurzfristige halbseitige Lähmung
- die kurzzeitige halbseitige Gefühlsstörung
- Doppelbilder
- akuter Schwindel sowie
- akute Kopfschmerzen
- kurzzeitige Sehstörungen

"Eine charakteristische Störung wird häufig verkannt: Das kurzfristige, oftmals nur für Sekunden andauernde Erblinden auf einem Auge. Dieses Erblinden tritt auf, wenn im Bereich der Halsschlagader eine Verengung sitzt, aus der kleine Gerinnsel ins Auge gespült werden und so die Augenarterie kurzzeitig verschließen. Die Patienten schildern, dass das Auge kurzfristig komplett schwarz wurde und sie erst nach Sekunden, teilweise auch Minuten, wieder sehen konnten. Denn diese Gerinnsel lösen sich selbst wieder auf. Die meisten denken, ihnen sei etwas ins Auge geflogen, und ignorieren dieses Warnsignal. Immer wieder habe ich Patienten, die mit einem großen Schlaganfall kommen und von diesen kurzen Erblindungssymptomen berichten." Prof. Gerhard Hamann

Tipp: Wann man den Arzt aufsuchen sollte

Bei derartigen Warnsignalen sollte man unbedingt zum Arzt gehen. Wird nach einem kurzfristigen Erblindungssymptom zum Beispiel eine Verengung der Halsschlagader entdeckt, kann die Stelle aufgedehnt (und mit einem Stent versorgt) oder operiert werden. So kann meist ein größerer Schlaganfall verhindert werden. Jede kurzfristige neurologische Störung sollte Grund genug sein, um mit dem Arzt darüber zu reden.

"Es gibt natürlich auch banale Ursachen für manche Störung. Beispielsweise kann ein Taubheitsgefühl im Arm schlicht daher rühren, dass man auf diesem Arm geschlafen hat. Aber ein Laie kann nicht entscheiden, welche Signale ernst

*zu nehmen sind und welche nicht. Diese Unterscheidung muss der Arzt treffen.“
Prof. Gerhard Hamann*

Vorlaufzeit der Warnsignale

Die Vorlaufzeit kann von wenigen Minuten bis zu Wochen gehen.

Untersuchungen zur Früherkennung

"Hat jemand gestern beispielsweise kurzfristig auf einem Auge nicht mehr gesehen, wird kontrolliert, ob eine Verengung der Halsschlagader vorliegt oder etwa eine Verengung der Gefäße im Gehirn. Dies geschieht durch Ultraschalluntersuchung. Man wird zudem das Blut auf Auffälligkeiten hin untersuchen und auch eine neurologische Untersuchung durchführen, um zu sehen, ob eventuell Störungen zurückgeblieben sind.“ Prof. Gerhard Hamann

Wichtig

Jede Untersuchungsmethode hat ihren Graubereich. Selbst wenn jemand nach einer kurzfristigen Durchblutungsstörung untersucht wird, gewinnt man keine absolute Sicherheit. Aber das Risiko, dass die Hinweise auf einen Gehirnfarkt übersehen werden, liegt unter fünf Prozent.

Erste Hilfe - Was man sofort tun sollte

Das Wichtigste ist, dass man überhaupt an den Schlaganfall denkt, wenn man bei einem Menschen plötzliche neurologische Ausfälle beobachtet. Die Ausfallserscheinungen können sehr unterschiedlich sein. Zum Beispiel liegt eine neurologische Ausfallserscheinung dann vor, wenn man nicht mehr in der Lage ist zu reden, zu gehen, seine Arme oder Beine zu bewegen oder zu schlucken.

Zeit ist Hirn

Dann gilt: 'Zeit ist Hirn!' und 'Schlaganfall- jede Sekunde zählt!' Man sollte sofort den Notarzt oder die Rettungsleitstelle verständigen, damit der Kranke umgehend in das nächstgelegene Zentrum gebracht wird. Die Notrufnummer lautet 112.

"Auf keinen Fall sollte man den Patienten selbst ins Auto packen, um ihn zum Arzt oder ins Krankenhaus zu bringen, denn wenn unterwegs eine Verschlechterung eintritt, wird alles noch komplizierter.“ Prof. Gerhard Hamann

Jede Minute zählt!

Nur innerhalb der ersten viereinhalb Stunden nach dem Schlaganfall kann man eine sogenannte Thrombolyse durchführen, also das Gerinnsel im Gehirn medikamentös auflösen. Das Medikament heißt rt-PA und wird auch beim Herzinfarkt eingesetzt. Damit erreicht man eine deutlich bessere Prognose für den Patienten, etwa 30 Prozent weniger bleibende Behinderung. Viereinhalb Stunden sind sehr wenig Zeit: Wenn der Patient morgens um 8.00 Uhr zu Hause zusammenbricht, erscheint der Notarzt circa um 8.30 Uhr. Bis der Patient in der Klinik ist, ist es vielleicht schon 9.00 Uhr. Bis die Untersuchungen durchgeführt sind, vergeht oft leider noch eine Stunde. In vielen Kliniken gelingt es heute diese Zeit zu verkürzen und mehr Patienten besser zu helfen.

Erste-Hilfe-Maßnahmen

- Vor allem sollte ein Laie den Notarzt oder die Rettungsleitstelle rufen.
- Wenn der Patient Schluckstörungen hat, kann man ihn in die stabile Seitenlage bringen. Dies gilt insbesondere auch, wenn sich jemand erbrochen hat oder die Gefahr hierfür besteht.

"Mehr kann ein Laie nicht tun. Auch der Notarzt kann nicht viel mehr tun, als einen venösen Zugang zu legen und den Patienten mit Flüssigkeit zu versorgen. Denn es gilt die Regel: Keine spezifische Therapie vor dem eigentlichen Krankenhausaufenthalt!" Prof. Gerhard Hamann

Stroke Unit – was das ist

Ideal ist dafür eine sogenannte Stroke Unit, also eine spezielle Schlaganfalleinrichtung. Dort wird man versuchen, innerhalb kurzer Zeit mittels neurologischer Untersuchungen, Laboruntersuchungen, EKG, einer Computertomographie des Gehirns und einer Ultraschalluntersuchung zu klären, welche Art von Schlaganfall vorliegt, und dann entsprechend therapieren.

Thrombektomie bzw. mechanische Rekanalisation

Im Jahre 2014 und Anfang 2015 kam es zu einer Art Revolution der Akuttherapie des Schlaganfalls. Fünf Studien zur katheterbasierten mechanischen Gefäßwiedereröffnung sind mit positiven Ergebnissen veröffentlicht worden. 2016 kamen noch zwei weitere positive Studien hinzu. Rund 25 Prozent Effektstärke von Verbesserungen innerhalb von sechs Stunden nach Schlaganfallbeginn sind hier zu erreichen. Bei diesem Verfahren der mechanischen Rekanalisation wird ein Katheter meist über die Leiste eingeführt, bis zu dem verschlossenen Hirngefäß vorgeführt, wo der Verschluss mit einem sogenannten Stent-Retriever überstentet und nach einiger Zeit mitsamt Stent und Blutgerinnsel wieder entfernt wird. Im Resultat gelingt es, ca. 90 Prozent der verschlossenen Hirngefäße oft innerhalb kurzer Zeit (30 - 60 min)

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden.
Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2021

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

service@bayern2.de; www.bayern2.de

zu öffnen. Dieses Verfahren ist extrem wirksam und effektiv für eine Gerinnselentfernung und verbessert den klinischen Zustand des Patienten signifikant. Es eignet sich vor allem für schwere Schlaganfälle (maximal 30 Prozent aller Hirninfarkte) und wird derzeit in Deutschland bei rund zehn Prozent aller akuten Schlaganfallpatienten in rund 190 Zentren eingesetzt. Derzeit etablieren sich überall Netzwerke, die die Patientenzu- und -rückverlegungen organisieren, um für Patienten diese hochspezialisierte Therapie anzubieten. Auch neue innovative Ansätze mit dem Hubschraubertransport oder mit PKW von Ärzten zum Patienten in kleineren Krankenhäusern, wo dann eine Thrombektomie vor Ort erfolgt - als Alternative zur Verlegung des Patienten - werden erprobt. Neu sind sogenannte neurovaskuläre Netzwerke (NVN), die sich v.a. dieser Therapie, aber auch neuen oder komplexen neurologischen, neurochirurgischen und v.a. neuroradiologischen Behandlungsmethoden verschrieben haben. Sie werden wie die Stroke Units durch die Fachgesellschaften zertifiziert und bieten die bestmögliche Versorgungsmöglichkeiten in einem Netzwerk von Kliniken unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten an.

Therapie - Behandlung eines Schlaganfalls

Werden die Hinweise auf einen Schlaganfall frühzeitig erkannt, kann der Arzt versuchen, die Risikofaktoren zu verringern, indem er den Bluthochdruck oder die Blutfettwerte senkt. Wenn es dennoch zu einem Schlaganfall kommt, zählt jede Minute, denn die ersten drei Stunden sind für den Patienten entscheidend. Deshalb sollten auch Laien einen Schlaganfall erkennen können.

Die drei wichtigen Säulen der prophylaktischen Therapie

- Erstens überprüft der Arzt, ob ein Patient, bei dem Warnsignale aufgetreten sind, an hohem Blutdruck leidet. Gegebenenfalls behandelt man diesen hohen Blutdruck.
- Zweitens gibt man ein Medikament, das die Blutplättchenverklumpung hemmt, zum Beispiel Aspirin.
- Drittens kontrolliert der Arzt die Blutfette. Bei erhöhten Werten wird ein sogenanntes Statin gegeben.

Ziel der Behandlung

Mit diesen drei Basisbehandlungen will man erreichen, dass keine weiteren Durchblutungsstörungen oder gar ein Schlaganfall auftreten. Alle diese Eingriffe bewirken eine Risikoreduktion: Wenn das relative Risiko vorher 100 Prozent war, reduziert es sich beispielsweise durch Aspirin um 15 bis 20 Prozent.

Weitere Methoden

Außerdem gibt es gefäßchirurgische und neuroradiologische Methoden. Die hochgradige Einengung der hirnzuführenden Arterien wird gefäßchirurgisch operiert. Die Neuroradiologen können Gefäßeinengungen mit Kathedern von innen aufdehnen oder aufspreizen. Diese Methoden sind in schwer zugänglichen Gehirnregionen von Vorteil.

Schlaganfall – und dann?

Experten:

Prof. Dr. Helge Topka, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Klinische Neurophysiologie, Neuropsychologie und Stroke Unit, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

Heike Nikutowski, Physiotherapeutin, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

Brita Krug, Logopädin und Psycholinguistin am Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

U. Münßinger, Dipl.-Psychologe, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

Autor: Holger Kiesel

Wenn man einen Schlaganfall hatte, stellen sich viele Fragen: Was war die Ursache? Wie kann ich wieder laufen oder sprechen lernen? Wie verhindere ich, dass so etwas wieder passiert? Ausführliche Ursachenforschung ist ganz entscheidend, um vorhandene Risiken zu minimieren, damit es nicht erneut zum Schlaganfall kommt. Und nach dem Krankenhaus folgt meist die Rehaklinik, in der versucht wird, verlorengegangene Fähigkeiten so weit wie möglich wiederzuerlangen. Oft müssen Patienten hier aber auch lernen, mit neuen Einschränkungen umzugehen. Denn was nach dem Schlaganfall wieder möglich ist, hängt von vielen Faktoren ab.

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden.
Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2021

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

service@bayern2.de; www.bayern2.de

Erste Hilfe bei Schlaganfall - Am besten auf die Stroke Unit

Ein Schlaganfall kann grundsätzlich zwei Ursachen haben: Entweder ein Gefäß im Gehirn ist verschlossen. Dadurch kommt es zu einer Sauerstoff-Unterversorgung des umliegenden Gewebes, das in der Folge abstirbt. Oder ein Gefäß platzt und durch die entstehende Blutung stirbt Gewebe ab.

Typische Erscheinungsformen

Häufig ergeben sich nach Schlaganfällen typische Kombinationen verschiedener Schädigungen, z.B.

- eine rechtsseitige Lähmung verbunden mit einer schweren Aphasie (Sprachstörung) oder
- eine linksseitige Lähmung zusammen mit einer sogenannten 'halbseitigen Vernachlässigung'. Dies bedeutet, dass die betroffenen Patienten auf einer Seite ihre Umwelt nicht mehr richtig wahrnehmen.
- Schwindel, Gangunsicherheit, Sensibilitäts-, Seh- oder Schluck- und Sprechstörungen
- In schweren Fällen: Bewusstlosigkeit

Nach dem Schlaganfall

Erleidet jemand einen Schlaganfall, sollte er idealerweise auf eine sogenannte Stroke Unit aufgenommen werden. Dort können am effektivsten die notwendigen Akutmaßnahmen durchgeführt werden. Besonders wichtig ist eine rasche Versorgung nach dem Einsetzen der Symptome. Wird ein Patient rechtzeitig eingeliefert, kann möglicherweise mittels einer intravenösen Lyse ein Blutgerinnsel, das ein Hirngefäß verstopft, aufgelöst werden. In den letzten Jahren hat sich bei einigen Patienten bewährt, mit einem Katheter direkt das Gerinnsel aus der verschlossenen Arterie zu entfernen. Diese Behandlung stellt einen sehr großen Fortschritt dar, ist jedoch aufwändig, verlangt große Erfahrung der behandelnden Neurologen und Neuroradiologen und wird in den sogenannten „überregionalen“ Stroke Units angeboten. In manchen Fällen kann die Therapie so wirksam sein, dass gar keine anschließende Reha notwendig wird.

Erste Reha Maßnahmen

Je nach Zustand des Patienten können bereits in der Stroke Unit erste therapeutische rehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden. Bevor es in eine spezialisierte Rehaklinik geht, folgt zunächst ein kurzer Krankenhausaufenthalt, bei dem Ursachenforschung betrieben und der Patient zur Vermeidung weiterer Schlaganfälle medikamentös eingestellt wird.

"Wir haben in der Klinik für Neurologie am Klinikum Bogenhausen in Ergänzung der Akutversorgung die interdisziplinäre Frührehabilitation von Schlaganfällen"

etabliert, die bei geeigneten Patienten eine lückenlose Versorgung von der Notaufnahme über die Stroke Unit bis zur Frührehabilitation der Phase B erlaubt. Ärzte, Pflege, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, aber auch Psychologen, Sozialpädagogen und eine Orthoptistin für die gezielte Behandlung von Sehstörungen stellen das Behandlungsteam " Prof. Dr. Helge Topka

Der Ort ist entscheidend

Die Frage, wie viel von einem Schlaganfall zurückbleibt, hat auch mit der Stelle im Gehirn zu tun, an der er stattgefunden hat. So sind z. B. die Regenerationsvoraussetzungen oft schlechter, wenn größere Hirnareale betroffen oder nicht nur Anteile der Hirnrinde sondern auch Kerne in der Tiefe des Gehirns zerstört sind.

Der Weg in die Rehabilitation – Voraussetzungen und Chancen einer Reha

Der Aufnahme in eine spezielle weiterführende Rehaklinik (Phase C Reha) muss (im Gegensatz zur Einweisung in ein normales Krankenhaus) der zuständige Kostenträger (im Regelfall die Krankenkasse oder die Rentenversicherung) zustimmen. Um den entsprechenden Antrag kümmert sich häufig der Sozialdienst im Krankenhaus. Der Patient hat dann in gewissem Rahmen ein Wahlrecht, in welche Reha-Einrichtung er aufgenommen werden möchte.

Wie lange dauert die Reha?

Wie lange der Aufenthalt in einer Rehaklinik dauert, hängt natürlich von der Schwere des Schlaganfalls und von den Fortschritten ab, die der Patient macht. Meist werden von den Kassen zunächst drei Wochen genehmigt, danach muss bei Bedarf Verlängerung beantragt werden.

Wann zahlt die Kasse die Schlaganfall-Reha?

Inwieweit Krankenkassen Reha-Maßnahmen finanzieren, hängt sehr stark vom einzelnen Kostenträger ab. Für Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung ist in der Regel die Rentenversicherung zuständig. Aber die Abgrenzung der Zuständigkeiten ist im Einzelfall oft schwierig.

Achtung:

In vielen Verträgen privater Krankenversicherungen sind Reha-Maßnahmen nicht im Leistungsumfang eingeschlossen!

Vorerkrankungen und die Schwere des Schlaganfalls sind entscheidend

Entscheidend für die Chancen der Rehabilitation ist neben Ausmaß und Schweregrad des Schlaganfalls auch das Muster der Schlaganfallfolgen. Darüber hinaus können Alter und Vorerkrankungen eine Rolle spielen.

"Das Muster der Schlaganfallfolgen ist für eine individuelle Ausarbeitung der Rehabilitation und letztlich auch den Rehabilitationserfolg maßgeblich. So können beispielsweise schwere Schluckstörungen bei sonst geringen Schlaganfallfolgen zu häufigen Komplikationen in Form von Lungenentzündungen führen, schwere Sprachstörungen auch bei sonst geringeren Folgen die Lebensqualität erheblich beeinflussen." Prof. Dr. Helge Topka

Das Alter spielt eine Rolle

Das Alter des Patienten spielt für die Möglichkeiten der Rehabilitation nach einem Schlaganfall auch eine Rolle:

- Einerseits lernen ältere Betroffene häufig einfach nicht mehr so schnell.
- Andererseits sind bei jüngeren Patienten die sozialen und psychologischen Folgen nicht selten wesentlich gravierender.

Der Zustand des Gehirns

Wie gut die Folgen eines Schlaganfalls kompensiert werden können, hängt natürlich entscheidend von der Schwere des Ereignisses und der Lokalisation der Schädigung ab. Eine Rolle spielt aber vermutlich auch, in welchem Zustand die nicht direkt betroffenen Hirnbereiche sind. Nicht zu vernachlässigen sind auch Vorerkrankungen wie frühere Schlaganfälle oder anderweitige Begleiterkrankungen.

"Auch ein relativ kleiner Schlaganfall kann große Auswirkungen haben, wenn das Gehirn durch Durchblutungsstörungen bereits stark geschädigt ist oder funktionell sehr relevante Teile des Gehirns betroffen sind." Prof. Dr. Helge Topka

Reha nach dem Schlaganfall – Erfolge der möglichen Therapien

Wenn jemand nach einem Schlaganfall Fähigkeiten wie Sprechen oder Laufen neu erlernen muss, läuft dieser Prozess deutlich anders ab als in der Kindheit. Das liegt zum einen daran, dass das erwachsene Gehirn und seine Teile sich nicht mehr vorwiegend im Lern- und Entwicklungsprozess befinden wie dies beim kindlichen Gehirn der Fall ist. Vielmehr wird ein bereits ausgewachsenes und jahrelang erprobtes Netzwerk durch den Ausfall einzelner Teile beeinträchtigt. Bei erwachsenen Patienten geht es vor allem darum, früher

vorhandene Ressourcen wiederzubeleben und zu stärken, alternativ kompensatorische Strategien zu entwickeln. Es mag auch sein, dass erwachsene Gehirne nicht mehr so stark auf das Lernen sondern eher auf den Abruf von Routinen eingerichtet sind und deshalb langsamer lernen.

Automatismen wiederherstellen

Als Kind lernt man, wie Bewegungsabläufe funktionieren. Später muss darüber niemand mehr nachdenken. Ob diese erlernten Automatismen wiederherstellbar sind, wenn Funktionen nach einem Schlaganfall verlorengehen, ist umstritten. Grundsätzlich gibt es in verschiedenen Therapiebereichen zwei Denkrichtungen:

- Fähigkeiten wiedererlangen durch möglichst automatisiertes Üben (bottom up).
- Dem Patienten ein Bewusstsein für einen der Einschränkung angepassten Ablauf vermitteln (top down).

Gelähmte Extremitäten mit einbeziehen

Muss ein Patient nach dem Schlaganfall wieder Laufen oder Greifen lernen, geht es vor allem darum, gelähmte Extremitäten wieder in Bewegungsabläufe mit einzubeziehen. Es sollte auch versucht werden, durch konzentriertes Üben bewusst Bewegungsimpulse an die betroffenen Gliedmaßen weiterzugeben.

Schlucktherapie ist entscheidend für die Vermeidung von Komplikationen

Eine gefürchtete Komplikation von schweren Schluckstörungen ist die "Aspiration" d.h., die Verlegung der Atemwege durch Speisen oder auch Speichel. Auch wenn leistungsfähige Antibiotika zur Verfügung stehen, wird der Heilungsverlauf durch Lungenentzündungen oft stark verzögert. Das frühzeitige Erkennen von gefährlichen Schluckstörungen und deren Behandlung ist daher eines der wichtigsten frühen Ziele der begleitenden logopädischen Therapie. In manchen Fällen ist die (vorübergehende) Anlage einer Dauer-Magensonde (PEG) erforderlich.

Sprachtherapie muss differenzieren

Für eine effektive Sprachtherapie ist es wichtig, genau zu analysieren, welche Fähigkeiten verlorengegangen sind und welche Ressourcen noch vorhanden sind. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Patient unter einer sehr schweren Sprechstörung (Sprechapraxie) leidet und sich mündlich quasi nicht mehr äußern kann, seine eigentliche Sprachkenntnis jedoch völlig intakt ist und er sich schriftlich noch einwandfrei ausdrücken kann. Andere Patienten dagegen sprechen aufgrund ihrer Schädigung sehr viel, aber mit zahlreichen Fehlern und müssen beim Sprechen eher gebremst werden. Bei manchen Patienten ist das Sprachverständnis mehr als die Sprachproduktion betroffen. Die Unfähigkeit, sich trotz erhaltenem Sprechapparat nicht mehr inhaltlich

äußern und Sprache verstehen zu können, führt nicht selten zu einer zusätzlichen erheblichen psychischen Belastung des Betroffenen. Diese lässt sich mangels sprachlicher Kommunikationsfähigkeit oft auch nur schwer psychologisch mitbehandeln.

Artikulation neu lernen

Muss beispielweise die Artikulation neu erlernt werden, zeigen sich auch hier die beiden Denkschulen in der Therapie.

- Bei dem einen Ansatz wird versucht, durch das Einüben über Vorgaben (Mundbilder) Fähigkeiten wiederzuerlangen.
- Der andere Weg führt über die Nutzung vorhandener Ressourcen. So wird hier beispielsweise versucht, über das Singen von Alltagssätzen Therapieerfolge zu erzielen.

Vorsicht beim Selbst-Üben!

Alleine zu üben gibt dem Patienten das Gefühl, etwas für sich zu tun. Aber: Für einen optimalen Therapieerfolg ist eine Abstimmung mit den Therapeuten hilfreich.

"Angehörige können in die Behandlung eingebunden werden, sinnvoll ist in diesem Fall eine gute Abstimmung mit den Therapeuten, dies gilt auch für selbst durchgeführtes Üben.“ Prof. Dr. Helge Topka

Das Leben neu organisieren

Rehabilitation bedeutet aber nicht nur, verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen. Häufig heißt es auch, mit Einschränkungen leben zu lernen und seinen Alltag entsprechend umzustrukturieren. Und: Nicht immer können alle gesteckten Ziele auch umgesetzt werden!

Nie wieder Schlaganfall – Sekundärprävention

Unter Sekundärprävention oder auch Sekundärprophylaxe versteht man alle Maßnahmen, die nach dem Auftreten eines Akutereignisses (in diesem Fall eines Schlaganfalls) dazu geeignet sind, ein weiteres Akutereignis zu verhindern. Hierbei kann deutlich gezielter vorgegangen werden als bei der Primärprävention, sofern es gelingt herauszufinden, was den ersten Schlaganfall ausgelöst hat.

Risikofaktoren minimieren

Im Zentrum der Sekundärprävention steht die Kontrolle der vorhandenen Risikofaktoren. Das bedeutet, dass Körperwerte, die das Schlaganfallrisiko

beeinflussen (Blutdruck, Blutfett, Blutzucker) regelmäßig kontrolliert und möglichst optimal eingestellt werden sollten. Betroffene sollten in jedem Fall mit dem Rauchen aufhören und ihren Lebensstil (Ernährung, Bewegung) überprüfen.

Blutgerinnung optimieren

Zusätzlich kann im Zuge der Sekundärprävention die Blutgerinnung medikamentös verbessert werden, um zu verhindern, dass sich irgendwo im Körper Blutgerinnsel bilden, die im Gehirn Gefäße verschließen könnten. Dies ist besonders wichtig, wenn Herzrhythmusstörungen wie das Vorhofflimmern den Schlaganfall hervorgerufen haben. In diesen Fällen ist eine höhergradige Blutverdünnung erforderlich und nachgewiesenermaßen wirksam.

Schlaganfall durch Ernährung

Bei der Entstehung von Schlaganfällen spielen überhöhte Blutfettwerte eine große Rolle. Diese können natürlich medikamentös reguliert werden. Da die entsprechenden Präparate aber häufig erhebliche Nebenwirkungen haben, sollte möglichst versucht werden, die Werte auch über die Ernährung im Griff zu halten. Ideal ist dabei eine Kost, die möglichst wenig tierische Fette enthält (Mittelmeerkost). Man darf aber nicht vergessen, dass die Blutfette nicht zuletzt für das Gehirn wichtige Bausteine darstellen und Fette wie das Cholesterin größtenteils vom Körper selbst produziert werden. Nicht das Cholesterin als solches ist daher pathologisch, sondern erhöhte (LDL-)Cholesterinwerte beim Gefäßkranken.

Bewegung hilft immer

Auch nach einem erlittenen Schlaganfall sollten sich die Betroffenen weiter im Rahmen ihrer körperlichen Möglichkeiten bewegen. Dadurch werden nahezu alle Risikofaktoren reduziert. Außerdem wirkt Bewegung - so der wissenschaftliche Stand - positiv auf die Leistungsfähigkeit des Gehirns.

Wichtig:

Gemeint sind hier keine sportlichen Höchstleistungen, sondern regelmäßiger Ausdauersport: Etwa (je nach Leistungsfähigkeit) spazieren gehen, Walking oder Jogging. Es kommt wesentlich mehr auf die Regelmäßigkeit als die Höchstleistung an.

Die große Unbekannte: Stress

Natürlich beeinflusst auch Stress die Blutdruckwerte negativ. Aber:

"Mit der Ansage 'Vermeiden Sie Stress' können Patienten oft wenig anfangen. Zudem ist die Bedeutung von Stress als auslösender Faktor für Schlaganfälle

erheblich schwerer einschätzbar als etwa beim Herzinfarkt." Prof. Dr. Helge Topka

Genetische Ursachen

Zur Ursachenforschung nach einem Schlaganfall gehört auch zu prüfen, ob eine genetische Prädisposition den Schlaganfall begünstigt haben könnte. Solche Konstellationen sind zwar eher selten, treffen aber häufig gerade jüngere Patienten.

Seltene Ursachen bei jüngeren Patienten

Vor allem bei jüngeren Patienten wird nach seltenen Ursachen, wie meist autoimmune Entzündungen der Hirnarterien oder einer kardialen Emboliquelle bei Herzfehlern wie dem offenen Foramen ovale (mit Vorhofseptumaneurysma), gesucht. Hierbei handelt es sich um eine frühkindlich angelegte, bei vielen Menschen medizinisch unbedeutende Konstellation in den Vorhöfen des Herzens. Bei manchen Menschen kann diese unter ungünstigen Umständen jedoch zu Schlaganfällen führen, die gegebenenfalls auch korrigiert werden können.

Gehen trotz Schlaganfall - Welche Physiotherapie ist sinnvoll?

Muss nach einem Schlaganfall das Gehen wieder neu erlernt werden, ist es am wichtigsten, einerseits die Rumpfstabilität des Patienten herzustellen. Andererseits muss als unbedingte Voraussetzung für das Gehen der Übergang vom Sitzen zum Stehen funktionieren.

Wichtige Übungen

Ein paar grundlegende Bewegungsabläufe sind für das Wiedererlernen des Gehens besonders wichtig: Neben dem Übergang vom Sitzen zum Stehen sollte der Patient auch die umgekehrte Bewegung einigermaßen sicher und mit möglichst wenig Hilfestellung beherrschen. Auch, dass der Betroffene sein Gewicht auf das vom Schlaganfall stärker betroffene Bein verlagern kann, ist Voraussetzung für einen sicheren Gang.

Die Grundvoraussetzungen müssen stimmen

Um nach einem Schlaganfall überhaupt wieder laufen lernen zu können, muss der Patient vor allem in der Lage sein, die Anweisungen seines Therapeuten zu verstehen und sich einwandfrei auf die Übungen zu konzentrieren. Schwierig wird es, wenn der Patient etwa in der Beweglichkeit seiner Gelenke eingeschränkt ist oder keine ausreichende Muskelspannung vorliegt.

Den Patienten motivieren

Für die Motivation eines Patienten ist es wichtig, ihm immer wieder seine erzielten Fortschritte vor Augen zu führen. Denn: Frustration ist kontraproduktiv.

"Viele realisieren gar nicht so richtig, wie viel sie schon wieder können. Dann muss man sie als Therapeut darauf aufmerksam machen. Aber es bleibt immer ein schmaler Grat zwischen motivieren und realistisch bleiben." Heike Nikutowski

Alternativ-Strategien aufzeigen

Manchmal geht es in der physiotherapeutischen Behandlung nach einem Schlaganfall auch darum, dem Patienten alternative Strategien aufzuzeigen, um Dinge wieder zu erlernen. Ziel: Der Betroffene kann am Ende etwas wieder, aber vielleicht auf einem anderen Weg als vorher. Bei der Entwicklung solcher Strategien zur optimalen Alltagsbewältigung können auch Hilfsmittel wie ein Rollstuhl oder ein Gehstock zum Einsatz kommen, wenn klar ist, dass bestimmte Fähigkeiten zumindest auf absehbare Zeit nicht wiedererlangt werden können.

Gehen oder Rollstuhl-Fahren?

Grundsätzlich ist es natürlich zu begrüßen, wenn ein Patient nach einem Schlaganfall wieder in der Lage ist, selbständig zu gehen. Allerdings sollte dabei darauf geachtet werden, dass sich keine Muster einschleifen, die für den Gesamt-Bewegungsablauf des Körpers nicht besonders günstig sind.

"Meist landet man am Ende, was die optimale Form der Mobilität betrifft, bei einem Kompromiss. Auch der Rollstuhl kann durchaus einmal das Fortbewegungsmittel der Wahl sein." Heike Nikutowski

Dranbleiben!

Grundregeln für Therapeuten: Sie sollten den Patienten bei allem unterstützen, was er erreichen möchte, Aktivitäten suchen, kreativ sein, damit er so viel Lebensqualität wie möglich wiedererlangen kann. Dabei aber immer realistisch bleiben und den Betroffenen nicht überfordern.

Sprechen trotz Schlaganfall - Was Sprachtherapie alles kann

Patienten nach Schlaganfall erleiden bei Schädigung der sprachrelevanten Hirnhemisphäre (das ist in über 80 Prozent der Fälle die linke) zentrale Sprachstörungen, die Aphasien genannt werden. Das Wort kommt aus dem Griechischen und bedeutet Einschränkungen bei der zentralen Sprachverarbeitung.

Patienten können infolge der Hirnschädigung auch motorische Probleme bei der Artikulation, der Stimme und der Sprechatmung haben, dann spricht man von Dysarthrie. Beide Störungsbilder, können für die betroffenen Patienten deutliche Kommunikationsprobleme im Alltag hervorrufen.

Regel: Selber üben nur nach Rücksprache

Übungen sollten in jedem Falle an die individuellen Symptomkombinationen und Störungsprofile des Einzelnen angepasst werden. Patienten können auch geeignete Übungen als Hausaufgaben erhalten. Diese müssen in den Therapien gut vorbereitet und anschließend Schritt für Schritt nachbereitet werden, weil viele der Patienten aufgrund der neuropsychologischen Symptomatik nicht ohne weiteres in der Lage sind zu beurteilen, ob sie die Aufgabenstellung sicher erfasst haben und inwieweit die Aufgaben erfolgreich gelöst wurden. Nicht mit dem Therapeuten vor- und nachbereitete Aufgaben bergen die Gefahr, dass sich Strategien einschleifen, die eher kontraproduktiv sind.

Verschiedene Formen für Sprachstörungen

Die sprachlichen Probleme der Patienten mit Aphasie können die Sprachproduktion und das Sprachverständnis betreffen. Dabei kann die mündliche wie die schriftliche Verarbeitungsmodalität betroffen sein, also das Reden, das Verstehen von Äußerungen, das Schreiben und Lesen.

Probleme mit dem Wortabruf

Ein Symptom, das nach Schlaganfällen häufig anzutreffen ist, sind die Wortabrufstörungen. Das heißt, dass betroffene Patienten nicht auf die passenden Wörter kommen, obwohl sie wissen, was sie sagen wollen. Sie können die Dinge, die sie nicht benennen können, selbst besitzen und sogar täglich verwenden und dennoch gelingt es ihnen mehrfach nicht, die korrekte Bezeichnung dafür zu finden. Es ist zu beobachten, dass in der Regel häufig verwendete (frequente) Wörter leichter gefunden werden können als selten verwendete (niederfrequente).

Übungen bei Wortabrufstörungen

Für solche Patienten werden Wortabrufübungen angeboten, mit denen sie daran arbeiten, Alltagsobjekte zu benennen, die man ihnen beispielsweise auf Fotokarten zeigt. Häufig versuchen die Patienten dann gemeinsam mit dem Therapeuten, sich über eine Funktionsbeschreibung des abgebildeten Objekts der korrekten Bezeichnung dafür anzunähern. So ist z.B. eine Parkuhr eine Uhr, in die man Geld hineinwirft, um zu parken. Alternativ kann auch versucht werden, sich über ein äußeres Merkmal des Objekts (wie Farbe oder Material), einen Oberbegriff oder einen vermuteten Anfangsbuchstaben an die Wortbedeutung anzunähern.

Probleme mit dem Sprachverständnis

Hierbei geht es nicht um Probleme beim Hören, sondern bei intakten Hörleistungen um das Unvermögen von Patienten mit Hirnschädigung, die Wörter (oder genauer deren phonologische Wortform), die sie gehört haben, erkennen zu können. Es ähnelt der Situation, wenn jemand in einer unbekannt Sprache mit einem spricht: Man kann die geäußerten Laute hören und vielleicht sogar nachsprechen, aber man kann ihnen zunächst keine Bedeutung zuordnen.

Übungen zum Sprachverständnis

Bei Problemen mit dem Sprachverständnis auf der Wortebene kann z.B. auch wieder mit Bildkarten gearbeitet werden: So zeigt etwa der Therapeut dem Patienten drei verschiedene Gegenstände, benennt aber nur einen davon. Aufgabe des Patienten ist es dann, auf das Foto mit dem genannten Objekt zu deuten. Je nach Einschränkung können auch Karten mit geschriebenen Begriffen eingesetzt werden. Das Ganze kann gesteigert werden, indem Bilder von Situationen mit Sätzen verknüpft werden. Es gilt jeweils im Einzelfall behutsam auszuloten, welche Hilfestellungen der Patient braucht.

Zentrale Sprechstörungen (Dysarthrien)

Das Spektrum dieser Schädigungen reicht von leichten Artikulationsproblemen bis zur völligen Unfähigkeit, sich mündlich zu äußern (Mutismus). Wie sehr Patienten unter ihrer Sprechstörung leiden, hängt dabei nicht nur vom Schweregrad ab, sondern auch von individuellen sozialen und beruflichen Faktoren. Patienten mit Dysarthrie werden von ihrer Umgebung oft fälschlicherweise als kognitiv oder psychisch gestört empfunden.

Therapie bei Dysarthrien

Kommunikationsstörungen treffen die sprechmotorischen Bereiche Artikulation, Stimme und Atmung meist gemeinsam. In der Therapie kann z.B. schwerpunktmäßig eine bestimmte Funktion, wie etwa die Variation von Tonhöhe oder Lautstärke geübt werden. Es kann aber auch sinnvoll sein, das Zusammenspiel der einzelnen Vorgänge zu trainieren.

Wichtig: Bei der Therapie gilt grundsätzlich: Sprechen kann nur durch Sprechen erlernt werden!

Fragwürdige Übungen

Einzelübungen für Unterkiefer, Zunge und Lippen zur Verbesserung der Artikulation oder Pusteübungen zur Verbesserung der Sprechatmung oder der Gaumensegelanhebung sind wenig zielführend. Die wiederherstellende Therapie der Gaumensegelfunktion ist besonders kritisch zu bewerten. Weil in diesen Fällen die Behandlungsmöglichkeiten begrenzt sind, sollte man das

operative oder prothetische Verschießen oder Verengen der Passage zur Nase
in Erwägung ziehen.